



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

## **SAVUTON SAIRAALASSA**

**Tupakoimattomana leikkaukseen –toimintamallin  
toteutuminen 2017–2018**

Ari Mäkelä

Jaska Numminen

Opinnäytetyö  
Elokuu 2018  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

MÄKELÄ, ARI & NUMMINEN, JASKA:

Savuton sairaalassa

Tupakoimattomana leikkaukseen –toimintamallin toteutuminen 2017–2018

Opinnäytetyö 35 sivua, joista liitteitä 1 sivu

Elokuu 2018

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tupakoimattomana leikkaukseen –toimintamallin toteutumista kahdessa terveyskeskuksessa sekä keskussairaalan valikoiduilla kirurgisilla osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tuloksia voidaan käyttää tupakoimattomana leikkaukseen –toimintamallin kehittämisessä ja sen saattamisessa mahdollisimman laajaan käyttöön sille soveltuvissa yksiköissä. Opinnäytetyön kysymykset olivat, onko potilaan tupakointi huomioitu sekä läheteessä että leikkaavan yksikön kirjauksissa, onko kirjausten perusteella potilaan tupakointiin puututtu lähettävässä tai vastaanottavassa yksikössä ja käykö läheteistä ilmi, miten potilaan tupakointiin on puututtu. Yksiköiden potilaskirjausten perusteella voitiin arvioida, kuinka tehokkaasti toimintamalli oli käytössä.

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena opinnäytetyönä. Aineisto kerättiin käymällä läpi 200 kirurgisen leikkauspotilaan potilaskirjausta. Tupakointia koskevia potilastietoja etsittiin lähettävän yksikön läheteestä ja kirurgisen yksikön ensikäynnin teksteistä. Tupakointistatuksen varmistamiseksi käytiin läpi hoitajien päivittäiset kertomukset sekä skannatut esitetolomakkeet.

Läpikäydyistä potilastietomerkinnöistä kävi ilmi, että mikäli tupakointitietoja ei ollut merkitty lähettävän yksikön läheteeseen, ei tupakointitietoja todennäköisesti löytynyt myöskään leikkaavan yksikön kirjauksista. Mikäli potilas tupakoi, oli tieto tupakoinnista merkitty läheteeseen sekä kirurgisen yksikön teksteihin noin puolella potilaista. Potilaita, joiden kohdalla merkintää tupakoinnista ei löytynyt asiakirjoista lainkaan, oli yli 20 prosenttia. Tuloksista voitiin myös todeta, että hoitohenkilökunta puuttuu potilaiden tupakointiin harvoin, tai eivät ainakaan kirjaa tehtyjä toimia potilastietojärjestelmään.

Jatkotutkimuksena olisi syytä selvittää syitä sille, miksi potilaan tupakointistatusta ei kirjata säännöllisesti. Myös hoitohenkilökunnan kirjaamiskäytäntöjä tupakointiin liittyen tulisi selvittää.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

MÄKELÄ, ARI & NUMMINEN, JASKA:  
Smoke-free in a Hospital  
Implementation of the “Stop Smoking Before Surgery” Programme in 2017–2018

Bachelor's thesis 35 pages, appendices 1 page  
August 2018

---

The purpose of this thesis was to investigate how well the stop smoking before surgery programme was implemented in a certain hospital. The aim of this thesis was to gather data on utilization rate of the programme so that the data could then later be used to improve the programme and its implementation rate.

The thesis was carried out as a quantitative study. Entries concerning patients' smoking in 200 medical reports were examined. The reports were checked to see if patients' smoking was being monitored, if the medical staff had intervened with the smoking and in what way the staff had intervened.

According to the results, in cases where the referring unit had not recorded a patient's smoking status, it was often not recorded in the operating unit either. In the cases where the patient was a smoker, their smoking status was recorded on their medical record roughly half of the time. About 20% of the patients didn't have any kind of records about their smoking status on their medical report. The results also indicate that the medical staff rarely intervened with the patients' smoking, or at least did not mark the intervention in the medical report.

---

Key words: smoking, health promotion, smoking cessation

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE .....	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
3.1	Tupakointi.....	10
3.1.1	Tupakoinnin haitat leikkauspotilaalle .....	10
3.1.2	Tupakoinnin yhteiskunnalliset vaikutukset.....	12
3.2	Terveiden edistäminen .....	12
3.2.1	Riippuvuus .....	13
3.2.2	Lopettaminen ja vieroitus.....	14
3.3	Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli.....	15
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	20
4.1	Kvantitatiivinen menetelmä.....	20
4.2	Aineiston keruu.....	21
5	TULOKSET .....	24
5.1	Aineistoanalyysi.....	24
6	POHDINTA.....	31
6.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	33
6.2	Jatkotutkimusehdotukset.....	34
	LÄHTEET .....	36
	LIITTEET .....	39
	Liite 1. Havaintolomake .....	39

**LYHENTEET JA TERMIT**

TupLei	Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli.
Tupakointistatus	Henkilön ilmoitus omasta tupakoinnistaan. Tieto siitä, tupakoiko potilas vai ei.
Askivuosi	Tapa määrittää henkilön polttamien savukkeiden määrää. Yksi poltettu aski savukkeita päivässä vuoden ajan on yksi askivuosi.

## 1 JOHDANTO

Tupakointi aiheuttaa merkittäviä kansanterveydellisiä ongelmia, vaikuttaa potilaiden hoitoisuuteen ja kuormittaa terveydenhuollon kustannuksia (Patja 2016a). Vuonna 2012 tupakoinnin arvioitiin aiheuttaneen välittömiä haittakustannuksia yhteiskunnalle noin 620 miljoonaa euroa. Suurimpina menoerinä olivat erikoissairaanhoidon ja lääkekustannukset (Virtanen & Rönkä 2017, Møller et al. 2003). Välittömien haittojen lisäksi tupakoinnista aiheutuu myös runsaasti muita välillisiä kustannuksia, kuten työkyvyttömyyttä ja sairauspoissaoloja (Virtanen & Rönkä 2017). Tupakointi aiheuttaa Suomessa vuosittain noin viidenneksen kaikista kuolemista (Patja 2016a).

Tupakointi ennen leikkausta lisää komplikaatioiden riskiä ja tupakoinnin jatkaminen leikkauksen jälkeen hidastaa leikkauksesta toipumista (PSHP 2017). Tupakointi myös lisää erilaisten infektioiden riskiä leikkauspotilaalla (Myles et al. 2002). Tupakoivilla potilailla on suurempi riski kuolla leikkaukseen (Turan et al. 2011) ja heillä on myös suurempi riski kuolla leikkauksen jälkeen. Tupakoivat potilaat myös ovat keskimäärin pitempään sairaalassa kuin ei-tupakoivat potilaat (Grönholm et al. 2017). Ennen leikkausta on hyvä aika vierottaa potilas tupakasta, sillä ennen leikkausta tehty vieroitus onnistuu kaksi kertaa todennäköisemmin kuin muuna aikana annettu vieroitushoito (Kokki & Porela-Tiihonen 2017).

Opinnäytetyö tehtiin tilaajaorganisaation tupakoimattomana leikkaukseen -työryhmän tarpeesta selvittää toimintamallin toimivuutta sekä tilastoida saadut tulokset. Opinnäytetyö pohjaa vuonna 2017 projektityönä tilaajaorganisaatiolle tehtyihin raportteihin samasta aiheesta ja on niille jatkumoa. Yhtenä pyrkimyksenä oli muodostaa vertailukohta näille raporteille ja kerätä vuosittaista tietoa tupakoimattomana leikkaukseen -mallin toteutumisesta. Näihin projektiraportteihin viitataan tässä opinnäytetyössä silloin, kun puhutaan aikaisemmista raporteista. Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin tupakoinnin vaikutavuutta potilaisiin kirurgian näkökulmasta. Aihetta lähestyttiin oleellisempien tekijöiden näkökulmasta, eli millaiset asiat vaikuttavat leikkaustoimenpiteisiin sekä mitä asioita tulee ottaa huomioon tupakoivaa potilasta operoitaessa, ennen operaatiota ja sen jälkeen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tupakoimattomana leikkaukseen –toimintamallin toteutumista kahdessa terveyskeskuksessa sekä keskussairaalan valikoiduilla kirurgisilla osastoilla. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä olivat: onko potilaiden tupakointia huomioitu läheteessä ja leikkaavan yksikön kirjauksissa, onko potilaiden tupakointiin puututtu lähetteen tai kirjausten perusteella ja käykö läheteistä tai kirjauksista ilmi, miten tupakointiin on puututtu. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tuloksia voidaan käyttää tupakoimattomana leikkaukseen –toimintamallin kehittämisessä ja sen saattamisessa mahdollisimman laajaan käyttöön sille soveltuvissa yksiköissä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteutumista vuosien 2017–2018 välillä kahdessa terveyskeskuksessa tehtyjen lähet-  
teiden sekä erään keskussairaalan valikoiduissa kirurgisissa yksiköissä tehtyjen kirjausten  
perusteella.

Opinnäytetyön kysymykset ovat:

1. Onko potilaan tupakointi huomioitu läheteissä sekä leikkaavan yksikön kirjauk-  
sissa?
2. Onko kirjausten perusteella potilaan tupakointiin puututtu lähettävässä tai vas-  
taanottavassa yksikössä?
3. Käykö läheteistä tai kirjauksista ilmi, miten potilaan tupakointiin on puututtu?

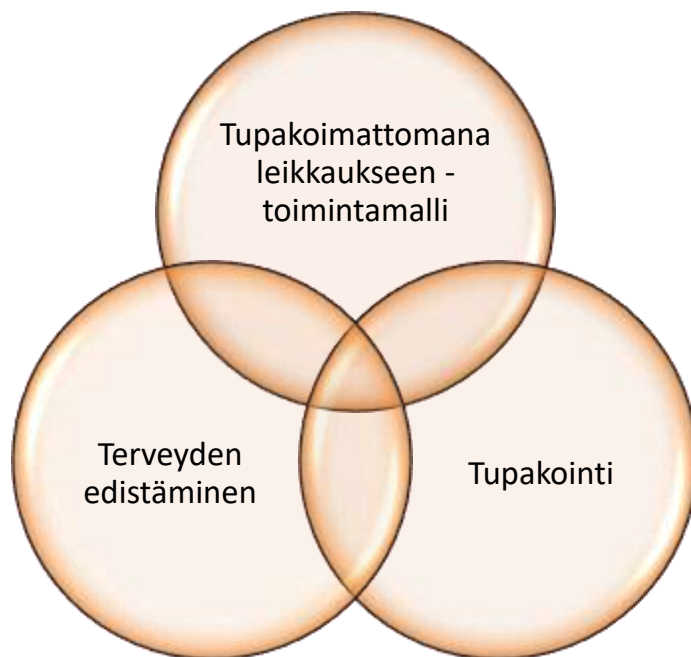
Opinnäytetyön tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa käyttää tupa-  
koimattomana leikkaukseen –toimintamallin kehittämisessä ja sen saattamisessa mahdol-  
lisimman laajaan käyttöön sille soveltuvissa yksiköissä. Yksiköiden potilaskirjausten pe-  
rusteella voitiin arvioida, kuinka tehokkaasti toimintamalli on käytössä.



### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet olivat tupakointi, terveyden edistäminen ja tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli. Teoreettisten lähtökohtien muodostamisen apuna käytettiin hoito- ja terveysalan kirjallisuutta sekä työelämäpalaverissa käytyä keskustelua. Teoreettisessa viitekehyksessä kaikki keskeiset käsitteet nivoutuvat olennaisesti toisiinsa. Keskeiset käsitteet on havainnollistettu kuviossa 1.

Teoriaosuus käsittelee tupakointia, sen haittoja leikkauspotilaalle ja tupakoinnin yhteiskunnallisia vaikutuksia. Teoriaosuus käy läpi myös tupakkariippuvuutta oireyhtymänä ja sen hoitoa. Terveysten edistämisen näkökulmaa tarkastellaan suhteessa leikkauspotilaaseen. Teoriaosuudesta on rajattu pois muiden kuin kirurgisen potilaan terveyden edistäminen. Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin perusajatus ja sen vaiheet esitellään teoriaosuudessa.



*KUVIO 1. Keskeiset käsitteet.*

### 3.1 Tupakointi

Tupakoinnin haitallisista vaikutuksista ihmiselle on tieteellistä tutkimusnäyttöä jo 50-luvulta (Wynder & Graham 1950). Terveiden edistämisen sekä terveyshaittojen osalta tupakointi on suurimpia yksittäisiä haitallisia tekijöitä, jotka vaikuttavat kansanterveyteen, terveydenhuollon kustannuksiin sekä potilaiden hoitoisuuteen. Vuonna 2017 suomalaisista tupakoi 11,7 prosenttia väestöstä (THL). Suomessa tupakointi aiheuttaa aikuisiällä noin 5000 kuolemaa vuosittain, mikä on viidennes kaikista kuolemista. Tupakointi on riskitekijä sairauksissa ja pahentaa niitä esimerkiksi tuhoamalla keuhkokudosta, lisäämällä sydämen kuormaa ja vahingoittamalla elimiä. Tupakoinnilla on tilastojen valossa merkittävät vaikutukset ihmisen terveyteen, terveyden edistämiseen kaikilla sen sektoreilla sekä terveydenhuollon parissa (Patja 2016a). Tupakointi on merkittävä tekijä syöpä-, hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksien synnyssä. Se aiheuttaa monia sairauksia ja heikentää monen muun sairauden paranemistulosta (Käypä hoito 2018).

#### 3.1.1 Tupakoinnin haitat leikkauspotilaalle

Potilaan tulisi lopettaa tupakointi kaksi kuukautta ennen leikkausta (PSHP 2017). Mitä pidempään potilas on tupakoimatta ennen leikkausta, sitä pienemmät leikkauksen aikaisten komplikaatioiden riskit ovat ja savuttomuudesta saavutetaan parempi hyöty (Kyrö et al. 2016). Elektiivistä, eli ei-päivystyksellistä, leikkausta suunnitellessa potilas tulisi pyrkiä vieroittamaan tupakasta mahdollisimman pian leikkauspäätöksen jälkeen. Leikkaukseen valmistautuminen on myös otollista aikaa vieroitukselle, sillä leikkauksen yhteydessä tehty tupakkavieroitus onnistuu kaksi kertaa todennäköisemmin, kuin muuna aikana toteutettu vieroitus (Kokki & Porela-Tiihonen 2017).

Tupakointi lisää leikkauksiin liittyviä haittavaikutuksia, kuten komplikaatoriskiä, merkittävästi. Tupakointi ennen leikkausta lisää leikkauksen aikaisten komplikaatioiden riskiä ja tupakoinnin jatkaminen leikkauksen jälkeen heikentää elimistön toipumista leikkauksesta (PSHP 2017). Leikkauspotilaalla tupakointi lisää erilaisten komplikaatioiden ja infektioiden riskiä. Ongelmia leikkauksessa aiheuttavat tupakan nikotiini, häkä sekä muut palamisen seurauksena syntyvät vaaralliset yhdistelmätuotteet. Tupakan nikotiini supistaa ja vaurioittaa ääreisverisuonia ja tupakoinnista syntyvä häkä syrjäyttää veren he-

moglobiinista happea. Tämä johtaa ihon ja leikkaushaavan alueen verenkierron heikkenemiseen, kudosten hapensaantikyvyn huonontumiseen ja voi johtaa pienten verisuonten tukkeutumiseen (Myles et al. 2002). Riski kuolla leikkaukseen on tupakoivilla 1,4 kertainen suhteessa ei-tupakoivaan verrokkiin (Turan et al. 2011).

Tupakointi heikentää osteoblastien toimintaa ja haittaa kalsiumin imeytymistä suolistosta. Tupakoivilla myös D-vitamiinitaso on alhaisempi kuin ei-tupakoivilla (Heloma et al. 2017). Tupakoinnin seurauksena haavojen paraneminen, luukudoksen luutuminen ja kirurgisten saumojen parantuminen hidastuvat (Myles et al. 2002, Møller et al. 2003). Riski kuolla leikkauksen jälkeisten 30 päivän aikana on tupakoivilla 17% suurempi kuin tupakoimattomilla ja tupakoivat leikkauspotilaat ovat leikkauksen jälkeen sairaalassa keskimäärin kaksi päivää pidempään kuin tupakoimattomat (Grönholm et al. 2017). Tupakointi lisää leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden riskiä ja näiden komplikaatioiden seurauksena toimenpiteellä on suurempi riski epäonnistua (Kyrö et al. 2016). Hoitohenkilökunnan sekä potilaan kannalta on valitettavaa, jos muutoin hyvin mennyt toimenpide epäonnistuu leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden takia (Kokki & Porela-Tiihonen 2017).

Tupakoivilla on murtumien uusintaleikkauksia useammin kuin leikkauspotilailla, jotka eivät tupakoi. (Møller et al. 2003, Kyrö 2016). Säärimurtuman luutumisaika ja siitä johtuva työkyvyttömyysaika ovat tupakoivilla keskimäärin huomattavasti pidempi kuin ei-tupakoivilla (Heloma et al. 2017, Kyrö 2016). Tupakoivilla murtumaleikkauspotilailla on kohonnut luutumattomuuden riski ranteen veneluun leikkauksissa (Heloma et al. 2017, Kyrö 2016), sekä solisluun murtumissa, joita hoidetaan ilman leikkausta (Kyrö 2016). Tupakointi myös lisää leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden riskiä leikkauksella hoidetuissa nilkkamurtumissa (Näsell et al. 2011).

Lonkan tai polven tekonivelleikkauksen jälkeinen riski joutua teho-osastolle on tupakoivilla suurempi kuin tupakoimattomilla ja heillä on myös huonommat leikkaustulokset sekä suurempi kuolleisuus (Kyrö et al. 2016, Heloma et al. 2017, Møller et al. 2003). Heillä on myös suurempi riski joutua uusintaleikkaukseen (Heloma et al. 2017, Møller et al. 2003). Tupakointi on tärkein yksittäinen tekijä elektiivisen lonkan tai polven tekonivelleikkauksen jälkeisten komplikaatioiden synnyssä (Møller et al. 2003). Lonkan tekonivelen irtoamisia muusta syystä kuin tulehduksellisesta syystä esiintyy enemmän tu-

pakoivilla kuin potilailla, jotka eivät ole koskaan tupakoineet (Heloma et al. 2017). Tupakoivat selkäpotilaat tuntevat kovempaa kipua VAS-asteikolla mitattuna. (Behrand et al. 2012)

### **3.1.2 Tupakoinnin yhteiskunnalliset vaikutukset**

Tupakoinnin suosio on ollut laskusuuntaista viimeisen 10 vuoden ajan, mutta silti suomalaisesta aikuisväestöstä 11,7 % tupakoi päivittäin (THL). Tupakoinnin aiheuttamat haitat heijastuvat yhteiskunnassa laajalle. Viimeisimmät tupakoinnin taloudellisia kustannuksia koskevat arviot ovat vuodelta 2012, jolloin tupakointi aiheutti noin 4500 kuolemaa, yli 700 uutta työkyvyttömyyseläkejaksoa ja 340 000 hoitopäivää vuodeosastolla (Vähänen 2015). Tupakointia voidaan vuonna 2012 myös pitää syynä noin 800 000 sairauslomapäivään ja 187 000 hoitokäyntiin (THL 2015).

Tupakoinnin aiheuttamia välittömiä taloudellisia haittoja vuonna 2012 arvioidaan olleen yhteensä yli 620 miljoonaa euroa. Suurin osa näistä välittömistä kustannuksista syntyy erikoissairaanhoidosta sekä lääkekustannuksista (Virtanen & Rönkä 2017, Møller et al. 2003). Muita välittömiä kustannuksia ovat muun muassa tupakoinnin aiheuttamien tulipalojen vakuutuskorvaukset sekä erilaiset valvonta- ja ehkäisykulut. Välittömien haittojen lisäksi tupakoinnista aiheutuu myös välillisiä kustannuksia, kuten tupakointikuolemia, työkyvyttömyyseläkejaksoja, sairauspoissaoloja ja lakisääteisiin taukoihin lukeutumattomien tupakkataukojen aiheuttamia menetyksiä työpaikoilla. Näiden välillisten kustannusten arvioidaan olevan 840–930 miljoonaa euroa. Tupakoinnin yhteenlasketut taloudelliset haittakustannukset vuonna 2012 olivat noin 1,5 miljardia euroa (Virtanen & Rönkä 2017). Tupakoinnin välillisten kustannusten kokonaissumma oli noin 0,5 prosenttia Suomen koko bruttokansantuotteesta (Vähänen 2015). Tupakoimattomana leikkaukseen –toimintamallin onnistuneella toteuttamisella voidaan vähentää hoitopäiviä ja –kerroja sekä vaikuttaa tupakoinnin aiheuttamiin kustannuksiin, jos potilaat saadaan edes hetkeksi savuttomiksi tai jopa kokonaan lopettamaan tupakointi.

## **3.2 Terveysten edistäminen**

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä ja sen olevan merkittävässä asemassa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä kansanterveyslaissa (66/1972). Terveyden edistämisestä säädetään myös tartuntatautilaissa ja tupakkalaissa. Väestön hyvinvoinnin edistämisestä ja sen vastuista säädetään myös sosiaalihuoltolaissa ja työturvallisuuslaissa. Kuntalain mukaan kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestäväää kehitystä. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on yleinen ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisestä. Terveyttä pyritään edistämään ottaen huomioon väestön elintavat ja elinympäristö, liikunta ja terveellinen ravinto, tapaturmien ja tartuntatautien torjunta, terveyserojen kaventaminen ja seksuaaliterveyden edistäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö)

Suomessa tehdään yli 350000 erilaista kiireetöntä eli elektiivistä leikkausta joka vuosi. Terveelliset elämäntavat ennen kiireetöntä leikkausta parantavat leikkaustulosta ja edistävät leikkauksesta toipumista. Tarvittavat elämäntapamuutokset tulisi aloittaa heti, kun leikkauspäätös on tehty. Tupakoinnin lopettaminen on suositeltavaa hyvissä ajoin ennen leikkausta haavan paranemisen vuoksi, sekä muiden postoperatiivisten komplikaatioiden riskien pienentämiseksi. Tupakoinnin lopettamista voidaan tukea nikotiinikorvaushoidolla, vieroituslääkkeillä ja henkilökohtaisella neuvonnalla (Jalonen et al. 2015). Sorensenin (2012) mukaan leikattavan potilaan saama tuki tupakoinnin lopettamiseen tehoaa, sillä heillä on yli 50% vähemmän haavainfektioita kuin potilailla, joita oli ainoastaan kehoitettu lopettamaan.

Potilaan leikkauskelpoisuuden arviointi tulisi aloittaa jo perusterveydenhuollossa. Leikkauuskelpoisuutta arvioidessa ja suunniteltaessa leikkausta edeltävää hoitoa tulee huomioida potilaan fyysinen kunto sekä mahdolliset sairaudet ja potilaan yleiskunnosta johtuvat riskit. Potilaan yleiskuntoon liittyvä terveysneuvonta tulee myös aloittaa mahdollisimman pian. Terveysneuvonnan tulisi pitää sisällään kuntoa kohottavan liikunnan merkityksen, pidättäytymisen päihteistä sekä terveellisestä ja monipuolisesta ravitsemuksesta huolehtimisen. (Käypä hoito 2014)

### **3.2.1 Riippuvuus**

Tupakkariippuvuus on moniulotteinen riippuvuusoireyhtymä, jossa yhdistyvät fyysinen nikotiiniriippuvuus ja psyykkinen riippuvuus. Riippuvuuden voimakkuutta voidaan arvioida muun muassa tupakointimäärän ja -tavan perusteella (THL 2018). Keskeinen syy tupakkatuotteiden käytölle on niistä vapautuvan nikotiinin tuottama mielihyvä. Nikotiini myös muovaa käyttäjän mielialaa pääasiallisesti keskushermostollisen vaikutuksen kautta. (Helomaa et al. 2017) Tupakkariippuvuus on nikotiinin aiheuttamaa fyysistä riippuvuutta. Nikotiini vaikuttaa tietyn aikaa ihmiskehossa, jonka jälkeen sen pitoisuus laskee. Kun nikotiinipitoisuus on laskenut, tarvitsee nikotiiniriippuvainen käyttäjä uuden annoksen. Säännöllisesti tupakoitaessa nikotiinin sietokyky kasvaa ja tupakointi saattaa lisääntyä. Nikotiini vaikuttaa myös ihmisen mielihyvakeskukseen aivoissa ja yhteisvaikutus vieroitusoireiden kanssa pitää riippuvuutta yllä. Tupakointiriippuvuus on kuitenkin paljon muutakin kuin fyysistä riippuvuutta. Tupakasta tulee helposti rutiini ja sen avulla reagoidaan tunnetiloihin, tilanteisiin ja paikkoihin. Mitä pidempään ihminen tupakoi, lisääntyy tupakointiin liittyvät rutiinit ja psyykkinen riippuvuus kehittyy. (THL 2018)

Mielenterveyspotilailla tupakointi on yleisempää kuin terveillä ihmisillä. Masennus ja skitsofrenia ovat vahvasti yhteydessä tupakointiin. Skitsofreniapotilaista jopa 70–90% tupakoi. Suomalaisilla tupakoivilla aikuisilla on todettu masennus kaksi kertaa todennäköisemmin edeltäneen vuoden aikana kuin tupakoimattomilla. Nuorilla vastaava yhteys on viisinkertainen. Nuorilla monet mielenterveydenhäiriöt ovat yhteydessä tupakoinnin aloittamiseen. (Käypä hoito 2012)

### **3.2.2 Lopettaminen ja vieroitus**

Tupakoinnin lopettaminen koetaan yleisesti vaikeana ja suurimmalla osalla se onnistuu vasta useamman yrityskerran jälkeen. Suomalaisista tupakoitsijoista 75% sortuu ensimmäisen kuukauden aikana lopettamispäätöksestä tupakoimaan. Syyt tähän ovat moniulotteiset ja nivoutuvat vahvasti riippuvuutta ylläpitäviin tekijöihin. Tupakan vieroitusoireita ovat mm. ärtyisyys, kärsivällisyyden puute, keskittymisvaikeudet ja unenlaadun heikkeneminen sekä lisääntynyt ruokahalu. Olennaisimpia syitä aloittaa tupakointi uudelleen ovat fyysisistä ja psyykkisistä riippuvuustekijöistä johtuva tupakanhimo sekä ruokahalun kasvamiseen liittyvä painonnousu (Saarelma, 2017). Tupakoinnin lopettaminen voi myös johtaa verenpaineen kohoamiseen painonnousun seurauksena, mutta verenpaineen kohoamista voi esiintyä ilman painonnousuakin. Tupakoimisen lopettamisesta saatava

hyöty on kuitenkin aina suurempi, kuin painonnousun mahdolliset terveyshaitat. (Gratziou & Rovina 2012)

Tupakoinnin lopettaminen on usein pitkä ja haastava prosessi. Tupakoinnin lopettamiseen on saatavissa apua vertaistukiryhmistä. Ryhmän tuki voi auttaa vieroitusoireiden kestämisessä. Internetistä on saatavilla paljon tietoa sekä erilaisia verkossa toimivia tukiryhmiä. Lopettaminen on usein henkisesti raskasta ja lopettajan tulisi tiedostaa haasteet vieroitusoireisiin liittyen. (Saarelma 2017)

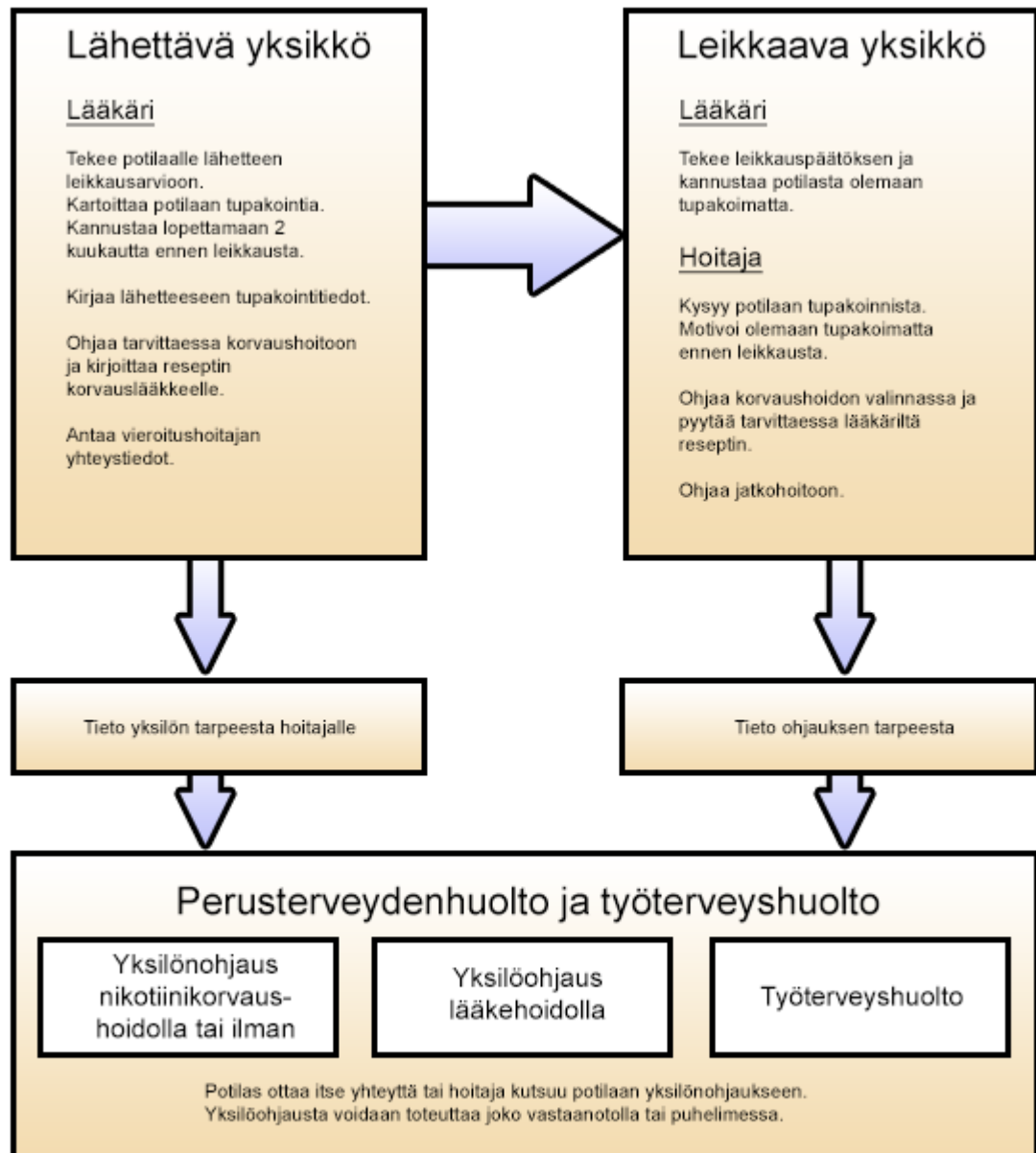
Tupakan vieroitusoireita voi lievittää lääkinnällisillä keinoilla, joista yksinkertaisin on nikotiinikorvaushoito. Markkinoilla on saatavilla nikotiinia sisältävää purukumia, iholle laitettavia laastareita, suusuihketta tai imeskeltäviä tabletteja (Saarelma 2017). Nikotiinikorvaustuotteet ovat helposti saatavilla, eivätkä vaadi reseptiä ja ne ovat todistetusti tehokas apu tupakoinnin lopettamisessa. Lääkehoitoa on saatavilla kahden eri valmisteiden muodossa. Vaikuttavat aineet näissä ovat varenikliini ja bupropioni. Lääkkeet eivät sisällä lainkaan nikotiinia, mutta vaikuttavat elimistössä samalla tavoin ja helpottavat näin vieroitusoireita. Lääkehoidot kestävät 2-3 kuukautta ja niistä voi aiheutua sivuvaikutuksia. Lääkehoidosta on vastuussa koko hoidon ajan sen määrännyt lääkäri. (Patja 2016b)

### **3.3 Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli**

Kansallisessa toimintamallissa potilaan tullessa lähettävään yksikköön, yleensä terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhoidon yksikköön, tekee lääkäri tälle lähetteen operatiivista arviota varten ja samalla kartoittaa tämän tupakointitottumukset. Lääkäri kannustaa potilasta valitsemaan savuttoman leikkauksen, mikä tarkoittaa, että potilas pyrkii lopettamaan tupakoinnin viimeistään kahdeksan viikkoa ennen leikkausta. Lähetteeseen lääkäri kirjaa tupakointitiedot ja mahdollisen suunnitellun intervention. Tiedot hoidon tarpeesta välitetään vieroitushoitajalle, joka ottaa yhteyttä potilaaseen ja kutsuu tämän vieroitusvastaanotolle. Lääkäri voi myös kirjoittaa potilaalle reseptin korvaushoitolääkettä varten. Lähetteen käsittelevän lääkärin tulee tarkistaa lähetteestä tupakointitiedot. Mikäli ne puuttuvat, voidaan selvennystä pyytää lähettävästä yksiköstä tai palauttaa lähete kokonaan. Kirurgian ensikäynnillä kehoitetaan potilasta lopettamaan tupakointi. Hoi-

taja antaa vieroitusohjausta, tekee riippuvuustestin ja räätälöi nikotiinikorvaushoitoa. Potilas voidaan ohjata myös terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon. Jokaisessa vaiheessa tupakointitiedot tulee kirjata potilaskertomukseen (PSHP 2018).





KAAVIO 1. Tupakoimattomana leikkaukseen -mallin prosessikaavio

Leikkaavien yksiköiden ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä tulisi kehittää, sillä potilaan tupakointitottumuksista on tärkeää kysyä ja tarjota tukea vieroitukseen jo siinä vaiheessa, kun lähetetään leikkausarvioon tehdään. Toimintamallin vaikuttavuutta voitaisiin arvioida paremmin silloin, kun tiedot potilaan tupakoinnista kirjataan mahdollisimman säännöllisesti potilastietojärjestelmään osana leikkausta edeltävää arviointia. (Grönholm et al. 2017)

Leikkauspotilasta tuetaan tupakasta vieroituksessa koko hoitopolun ajan. Lähetettä tehtäessä terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa tulisi mahdollinen nikotiiniriippuvuus diagnosoida, aloittaa vieroitushoito ja kirjata tupakointi ja siihen puuttuminen potilastietoihin. Leikkausta edeltävässä arvioinnissa erikoissairaanhoidon piirissä potilaan tupakointistatus tarkistetaan ja tarvittaessa aloitetaan vieroitushoito, kirjataan tiedot tupakoinnista ja tehdään leikkauspäätös. Kun kirurginen toimenpide on tehty, potilaan leikkauksen jälkeisestä seurannasta vastaa erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuolto. Seurantavaiheessa tarkistetaan jälleen potilaan nykyiset tupakointitavat ja tuetaan kohti pysyvää savuttomuutta. (Grönholm et al. 2017)

Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin tavoitteena ei ole pelkästään tupakoinnista vieroittaminen hetkellisesti, vaan mallin avulla mahdollistaa potilaan tupakoinnin lopettaminen kokonaan. Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa kerättiin vuoden ajalta tietoa kirurgisen toimenpiteen käyneiltä potilailta, joista vastaus saatiin 127 potilaalta liittyen tupakoinnin lopettamiseen. Potilaista, joiden tupakointiin oli puututtu interventtiolla, oli 25% onnistunut lopettamaan tupakoinnin kokonaan, kun verrokkiryhmästä irti pääsi 8% potilaista. Interventio-muotoja olivat hoitajan puuttuminen tupakointiin, esite tupakoinnin lopettamisesta, lähete auttavaan puhelimeen sekä ilmaiset nikotiinilaastarit kuudeksi viikoksi (Lee et al. 2017).

Suomessakin savuttomuuden vaikutuksia leikkauspotilaisiin on tutkittu. Kyrö, Elomaa ja Lehtinen (2013) tutkivat ortopedisten ja traumatologisten potilaiden vieroittamista tupakoinnista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. Leikkaushoitoon liittyvät infektiot lähtivät laskuun sen jälkeen, kun tupakointiin oli puututtu ja infektiot vähenivät edelleen potilaiden vieroitukseen puututtaessa tehokkaammin. Infektioiden määrä puolittui suhteessa tehtyihin leikkauksiin, haavainfektiot putosivat seitsemäsosaan aiemmasta ja hengitystieinfektiot kokonaan pois, verrattuna ajanjaksoon ennen tehokasta vieroittamista. Infektio-määrissä kokonaisuudessaan tapahtui merkittävä väheneminen muutamassa vuodessa. Saman tyyppinen tutkimus toteutettiin Kanadassa (Bottorff et al. 2016) vuosina 2013–2014. Tutkimuksessa hieman yllättäen potilaat, jotka saivat tietoa tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallista leikkauksen jälkeen, olivat vähentäneet tupakointia ja olivat merkittävästi tietoisempia tupakoinnin aiheuttamista komplikaatio-risteistä leikkauksessa kuin ne potilaat, joita oli kehoitettu lopettamaan tupakointi leikkausta varten. Tarjoamalla tietoa ja tukea tupakoinnin lopettamisesta leikkauksen onnistumisen

vuoksi oli rajallisesti hyötyä tässä tutkimuksessa. Lisäsuunnitelmia tarvitaan, että jokainen kirurginen potilas saa tietoa tupakoinnin lopettamisen hyödyistä leikkauksessa ja ovat tietoisia käytössä olevista mahdollisuuksista lopettamisen mahdollistamiseksi.

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kvantitatiivinen menetelmä

Opinnäyte suoritettiin kvantitatiivisena otokseen perustuvana empiirisenä tutkimuksena. Työssä käytetty tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen. Kvantitatiivinen (myös määrällinen tai tilastollinen) tutkimus pyrkii vastaamaan kysymyksiin kuten: ”mikä”, ”missä”, ”paljonko” tai ”kuinka usein”. Sen erityispiirteitä on, että otokset ovat usein numeerisesti suuria ja se pyrkii kuvaamaan ilmiötä numeerisen tiedon pohjalta. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistämään sen otosta koskevia tuloksia koskemaan suurempaa joukkoa tilastollisen päättelyn avulla (Kananen 2008, Heikkilä 2014).

Tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat lomakekyselyt, Internet-kyselyt, strukturoidut haastattelut, puhelinhaastattelut, systemaattinen havainnointi sekä kokeelliset tutkimukset. Tiedon keräämiseen käytetään lähes aina standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Kaikkea tietoa tutkimukseen ei ole pakko kerätä itse, vaan ne voidaan saada myös muiden jo keräämistä tilastoista, rekistereistä tai tietokannoista (Heikkilä 2014).

Määrällisessä tutkimuksessa on tärkeää tietää ilmiöön vaikuttavat tekijät ennen mittareiden laatimista. Mittauksia ei voida suorittaa, jos ei ole tietoa siitä, mitä halutaan mitata (Kananen 2011). Tutkittavasta ilmiöstä selvitetään muuttujat, joilla voidaan tarkoittaa mitä tahansa mitattavissa olevaa ominaisuutta tai suuretta, jossa esiintyy vaihtelua, kuten ikä, asuinpaikka tai askivuodet (Heikkilä 2014).

Määrällisessä tutkimuksessa ilmiö pilkotaan muuttujiksi, joita käsitellään tilastollisesti. Määrällinen tutkimus mittaa ilmiön muuttujien yleisyyttä ja niiden välisiä riippuvuussuhteita. Sen avulla voidaan myös ennustaa mihin suuntaan ilmiö tulevaisuudessa tulee kehittymään (Kananen 2011). Tupakoimattomuuteen vaikuttavat muuttujat tunnetaan hyvin, joten opinnäytetyö keskittyi mittaamaan tutkimusaiheena olevan ilmiön käyttöä. Ilmiön syyt ja seuraukset rajattiin tarkastelun ulkopuolelle.

## 4.2 Aineiston keruu

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa perusjoukolla tarkoitetaan sitä kohdejoukkoa, josta halutaan tietoa. Tämä joukko on määriteltävä tarkkaan, jotta siitä saadaan otettua mahdollisimman edustava otos (Heikkilä 2014). Otannan tulee edustaa perusjoukkoa niin hyvin, että siitä voidaan tehdä yleistyksiä perusjoukkoa koskien (Kananen 2011). Tämän opinnäytetyön otannan keräämisestä vastasi sairaalan tietohallinto. Opinnäytetyön perusjoukon muodostavat kaikki tietyillä osastoilla kirurgiseen operaatioon tulleet potilaat. Satunnaisuuden toteutuminen otoksessa toteutui poiminta-ajankohdan satunnaisuudella. Näin ollen kaikilla kirurgiseen operaatioon tulleilla potilailla oli yhtäläiset mahdollisuudet päätyä otokseen.

Tutkimuslupa-prosessi aloitettiin täyttämällä tilaajaorganisaation tutkimuslupahakemus, jonka käsittelyyn ja hyväksytyyn päätökseen meni noin kuukausi. Lisäksi toimitettiin hyväksyttäväksi henkilökuntaan kuulumattomien tutkijoiden rekisteröintihakemus, potilastietojen luovutus- ja käyttölupahakemus tutkimus- ja kehittämistyötä varten sekä tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste.

Tietohallinto toimitti henkilötunnuslistan opinnäytetyötä varten työelämätaholle, joka toimitti sen opinnäytetyön tekijöille. Listan perusteella aineisto kerättiin käymällä läpi listassa olleiden potilaiden potilastiedot. Henkilötunnuslistasta löytyi otantaan valikoitujen potilaiden henkilötunnus, lähettävä yksikkö, leikkausosasto ja leikkausajankohta. Näistä tiedoista lähettävä yksikkö jätettiin huomiotta. Henkilötunnuslistat hävitettiin aineiston keräämisen jälkeen.

Aineistoa varten käytiin läpi kahdensadan potilaan kirjaukset sairaalalta saadun henkilötunnuslistan mukaisesti. Potilaskirjauksista kerättiin halutut tiedot erilliselle lomakkeelle (Liite 1). Käytetty lomake oli sama kuin aikaisemmissa selvityksissä. Lomakkeen testausvaiheessa nousi kuitenkin esiin ongelmia lomakkeen käytettävyyden kanssa. Aikaisemmissa selvityksissä oli käynyt ilmi, että käytetyssä lomakkeessa oli vastausvaihtoehtoja, joiden seuraaminen ei ollut tarpeellista, joten nämä poistettiin lomakkeesta esitetauksissa. Lomakkeesta korjattiin myös tallennusvaiheeseen liittyviä ongelmia ja parannettiin sen käytettävyyttä asettelulla. Hyvä tutkimuslomake on selkeä, hyvin aseteltu ja kysymykset on ryhmitelty selkeästi kokonaisuuksiksi. Lomakkeen selkeyden lisäksi

myös lomake-ergonomia, eli käytettävyys tietojen tallennusvaiheessa, tulee huomioida (Kananen 2011, Heikkilä 2014).

Kenttätyö tehtiin sairaalan tiloissa kahden päivän aikana, jolloin työtunteja kertyi noin 16 tuntia per henkilö. Potilaskertomuksista etsittiin ainoastaan mainintaa potilaan tupakoinnista, tai maininnan puuttumisesta. Kun tarvittava tieto löytyi, ei potilaskirjauksia ollut tarkoituksenmukaista käydä läpi enempää. Tämä mahdollisti aineiston käsittelyn edellä mainitulla aikataululla. Tarvittavat tiedot jokaisesta potilaskirjauksesta kerättiin tutkimuslomakkeelle. Lomakkeeseen kirjattiin potilaan osasto, ikä, sukupuoli, tupakointistatus, tupakkamäärät, tupakointiaika ja askivuodet (askivuosi = askien määrä per päivä x tupakoidut vuodet, esimerkiksi  $\frac{1}{2}$  askia/ pv 20v:n ajan = 10 askivuotta). Mikäli tupakkamäärä per vuorokausi oli merkitty, käytettiin annettua maksimimäärää. Esimerkiksi 5–10 savuketta merkattiin kymmeneksi savukkeeksi per vuorokausi. Askivuodet merkittiin vain niissä tapauksissa, missä lääkäri oli ne erikseen kirjannut. Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteutumiseen liittyen selvitettiin sekä läheteestä että kirurgisen osaston ensikäynnin teksteistä löytyvät tupakointitiedot. Potilaan tupakointistatus selvitettiin tarkistamalla lähettävän yksikön lähete, kirurgisen osaston tekstit, hoitajien päivittäiset kirjaukset, potilaan pysyväistekstit ja skannatut esitietolomakkeet. Läheteestä ja kirjauksista selvitettiin myös lääkärin tekemät interventiot, jatkohoidot ja määrätyt reseptit tupakointiin liittyen. Hoitajien tekemien interventioiden ja jatkohoidon suunnittelun selvittämiseksi tarkistettiin hoitajien tekemät päivittäiset kirjaukset.

Tarkastelun kohteena olivat seuraavat kirurgiset yksiköt: ortopedia ja traumatologia, käsi- ja plastiikkakirurgia, neurokirurgia, korva-, nenä- ja kurkkukirurgia sekä suu- ja leukakirurgia, gastroenterologia, verisuonikirurgia, urologia sekä gynekologia. Opinnäytetyön aineistosta rajattiin pois alaikäisten rytminsiirtoon tulleiden ja silmäkirurgiseen operaatioon tulleiden potilaiden potilastiedot sekä vuoden sisään kahdesti tai useammin toimenpiteeseen tulleiden potilaiden potilastiedot ensimmäistä operaatiota lukuun ottamatta. Rytminsiirtoon tulleiden ja silmäkirurgiseen operaatioon tulleiden potilaiden tiedot rajattiin pois, sillä niitä ei oltu aikaisemmissa raporteissa käsitelty. Näiden potilaiden päätyminen otantaan johtui todennäköisesti inhimillisestä virheestä otannan tilauksessa.

Tietojen tallentaminen suoritettiin syöttämällä tiedot Excel-ohjelmaan ja työstettiin taulukoiksi. Taulukoinnin aikana kerätty aineisto myös tarkastettiin mahdollisten virheiden

varalta. Kerätyt tiedot kuvattiin opinnäytetyöhön ristiintaulukoimalla eli taulukoitiin siten, että taulukosta näkyy sekä selittävät, että selitettävät tekijä. Taulukossa luvut esitetään prosenttilukuina johtuen siitä, että kvantitatiivisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu yleistäminen (Kananen 2011). Tiedot koostettiin taulukoihin siten, että tulokset ovat helposti vertailtavissa aikaisempien raporttien kanssa. Taulukoiden asettelussa sovellettiin Kananen esittämää (2011) yleisesti sovittua kansainvälisten tutkimusten asettelua. Aineiston keruussa käytetyt tutkimuslomakkeet hävitettiin tietojen tallentamisen jälkeen.

## 5 TULOKSET

Tutkimuksissa on taipumus käyttää tilastoanalyyseistä syntyviä desimaalitarkkuuksia, vaikka tutkittavan ilmiön tuntemus ei vastaa kyseistä tarkkuustasoa. Prosenttien desimaalitarkkuuksilla ei ole tulosten kannalta mitään merkitystä. (Heikkilä 2014). Tätä ilmiötä kutsutaan eksaktiusharhaksi (Ohtonen 2018). Opinnäytetyön tuloksia tarkastellessa on hyvä muistaa eksaktiusharhan mahdollisuus.

Läpikäydystä kahdestasadasta potilastiedoista käyttökelpoisia, eli vuoden takaisen selviytyksen kanssa yhteensopivia potilastietomerkintöjä oli 154. Naisten osuus tarkasteluun otetuista potilaista oli 55,8 prosenttia (n=86) ja miesten osuus oli 44,2 prosenttia (n=68). Keski-ikä oli 58,9 vuotta ja mediaani-ikä oli 64 vuotta. Tupakoivien osuus potilaista oli 16,9 prosenttia (n=26). Ei-tupakoivien potilaiden osuus aineistosta oli 61,7 prosenttia (n=95) ja potilaita joiden kohdalla ei löytynyt merkintää tupakointistatuksesta oli 21,4 prosenttia (n=33).

### 5.1 Aineistoanalyysi

Lähetteeseen tupakointistatus oli merkitty kaikista potilastiedoista 20,8 prosentilla (n = 32) ja kirurgin ensikäynnin tekstiin 19,5 prosentilla (n = 30). Merkintä pitää sisällään, paitsi tapaukset joissa potilas tupakoi, myös merkinnät tapauksista joissa potilas ei tupakoi. Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan, mikäli potilastiedoissa ei ole tietoa tupakoinnista tulee lääkärin kysyä potilaalta asiasta ja kirjata saatu tieto potilastietoihin. Tupakointistatuksen kirjaaminen jäi Käypä hoito -suosituksesta huolimatta aineistossa alhaiselle tasolle.



	N	Merkintä läheteessä		Merkintä tekstissä	
		n	%	n	%
Urologia	25	6	24,0	5	20,0
Korvataudit	10	2	20,0	4	40,0
Plastiikkakirurgia	10	3	30,0	4	40,0
Gastroenterologia	25	5	20,0	1	4,0
Neurokirurgia	4	0	0,0	0	0,0
Gynekologia	24	2	8,3	1	4,2
Käsikirurgia	16	2	12,5	3	18,8
Verisuonikirurgia	12	6	50,0	4	33,3
Suusairaudet	3	1	33,3	3	100,0
Ortopedia	25	5	20,0	5	20,0
Kaikki	154	32	20,8	30	19,5
Yhteensä	154	32	100	30	100

*TAULUKKO 1. Tupakointitietojen huomioiminen läheteessä ja tekstissä osastoittain*

Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin mukaisesti tapauksissa, joissa läheteestä ei löydy tietoja potilaan tupakoinnista, voidaan lähete palauttaa tai pyytää asiaan tarkennusta. Lähettävän yksikön tulee myös puuttua potilaan tupakointiin ennen kuin potilas tulee toimenpiteeseen (PSHP 2018). Yhdenkään potilaan kohdalla ei lähetetty oltu palautettu, eikä läheteeseen oltu yhdenkään potilaan kohdalla pyydetty täydennystä. Potilaan tupakointiin oli lähettävässä yksikössä puututtu 11,5 prosentissa ( $n = 3$ ) tapauksista. Yhdessä läheteessä ei ollut merkintää, että potilas olisi lopettanut tupakoinnin lähettävän yksikön intervention jälkeen. Kahdessa tapauksessa oli merkintä leikkaavan yksikön lääkärin kehotuksesta lopettaa, mutta yhtäkään kirjausta ei löytynyt, missä lääkäri olisi kirjoittanut reseptin vieroituslääkkeelle tai ohjannut hoitajan luokse jatkohoitoon. Kolmessa potilastiedoista oli merkintä hoitajan aloittamasta interventiosta ja kahdessa merkintä, että hoitaja oli ohjannut potilaan jatkohoitoon.

	N = 26	n	%
Lähetete palautettu		0	0,0
Läheteteeseen pyydetty täydennystä		0	0,0
Tupakointiin puututtu lähettävässä yksikössä		3	11,5
Potilas lopettanut tupakoinnin lähettävän yksikön intervention jälkeen		0	0,0
Leikkaavan yksikön lääkäri kehottanut lopettamaan		2	7,7
Leikkaavan yksikön lääkäri kirjoittanut reseptin		0	0,0
Leikkaavan yksikön lääkäri ohjannut hoitajan luo		0	0,0
Hoitaja aloittanut intervention		3	11,5
Hoitaja ohjannut jatkohoitoon		2	7,7
Yhteensä			100

*TAULUKKO 2. Lääkärien ja hoitajien tekemät interventiot tupakoivan potilaan kohdalla*

Potilaat jaoteltiin ikäjakauman mukaan käyttäen samaa jaottelua kuin aikaisemmassakin selvityksessä, jotta tuloksia voidaan vertailla keskenään ja seurata näin tulosten kehittymistä. Ylivoimaisesti suurin ikäluokka potilaista oli 64–73 vuotiaat, joita aineistosta oli 28,6 prosenttia (n=44). Suhteessa eniten tupakoivia oli 54–63 vuotiaissa, joista tupakoivien osuus oli 29,4 prosenttia (n=5).

		Kaikki		Tupakoivien osuus	
		n	%	n	%
Ikä (vuosina)	18–33	24	15,6	4	16,7
	34–43	19	12,3	4	21,1
	44–53	14	9,1	3	21,4
	54–63	17	11,0	5	29,4
	64–73	44	28,6	7	15,9
	74–83	21	13,6	2	9,5
	84–	15	9,7	1	6,7
Yhteensä		154	100	26	100

*TAULUKKO 3. Potilaiden ikäjakauma*

Aineistossa ei ole erikseen eritelty päivittäin tai satunnaisesti tupakoivien osuutta, joten tupakoivien osuus kattaa kaikki potilaat, joiden kohdalla oli merkintä tupakoinnista. Tup-Lei-mallissa tarkoitus on puuttua jokaisen tupakoivan potilaan tupakointiin, joten erittely päivittäin ja satunnaisesti tupakoiviin on tarpeetonta (PSHP 2016). Tupakoivien potilaiden osuus oli 16,9 prosenttia ( $n = 26$ ), mikä on korkeampi kuin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) raportoima tupakoivien osuus koko väestöstä eli 11,7 prosenttia. Ei-tupakoivia oli 61,7 prosenttia ( $n = 95$ ) ja ilman merkintää tupakoinnista oli 21,4 prosenttia potilaista ( $n = 33$ ). Naisia potilaissa oli hieman enemmän. 55,8 prosenttia ( $n=86$ ) potilaista oli naisia ja 44,2 prosenttia ( $n=68$ ) oli miehiä. Tupakoivien osuus oli miehillä selvästi suurempi kuin naisilla. Miehistä tupakoi 23,5 prosenttia ( $n=16$ ) ja naisista 11,6 prosenttia ( $n=10$ ). Naisten osuus tupakoivista vastasi valtakunnallista keskiarvoa, kun taas miesten oli selvästi sitä suurempi. Naisilla tupakointitiedot puuttuivat potilastiedoista useammin kuin miehillä. Naisten kohdalla tupakointitietoja ei ollut 29,1 prosentilla ( $n=25$ ), kun vastaava luku miehillä oli 11,8 prosenttia ( $n=8$ ).

		Tupakoi		Ei tupakoi		Ei tietoa	
		n	%	n	%	n	%
Sukupuoli	Mies	16	23,5	44	64,7	8	11,8
	Nainen	10	11,6	51	59,3	25	29,1
	Kaikki	26	16,9	95	61,7	33	21,4
Yhteensä		26	100	95	100	33	100

*TAULUKKO 4. Potilaiden sukupuolijakauma*

Tupakkamäärät oli merkitty kaikkien potilaiden, sekä tupakoivien että ei-tupakoivien, kohdalla 13 prosentilla (n = 20), tupakointiaika 7,1 prosentilla (n = 11) ja askivuodet oli merkitty tekstiin yhdelle potilaalle. Tupakoiville potilaille tupakkamäärät oli merkitty 76,9 prosentilla (n = 20) ja tupakointiaika oli 23,1 prosentilla (n = 6). Vaihteluväli tupakkamäärissä oli 2–30 savuketta vuorokaudessa ja keskiarvo oli 13,25 savuketta vuorokaudessa.

	Merkattu		Vaihteluväli	Keskiarvo
	n	%		
Tupakkamäärä	20	13,0	2–30	13,3
Tupakointiaika	11	7,1	4–50	29,1
Askivuodet	1	0,6		

*TAULUKKO 5. Tupakkamäärä, -aika ja askivuodet*

Eniten potilaita oli urologian, ortopedian ja gastroenterologian osastolta. Suhteellisesti eniten tupakoivat ortopedian osastolle tulleet potilaat. Vähiten tupakoivat suusairauksien osastolle tulleet potilaat, mutta heitä oli myös aineistossa pienin määrä. Merkintä puuttui useimmin gynekologiselle osastolle tulleilta potilailta. Korvatautien ja suusairauksien

osastot olivat tarkastelussa ainoat, joiden kirjauksissa tupakointitiedot oli merkitty jokaiselle potilaalle.

	N	Tupakoi		Ei tupakoi		Ei merkintää	
		n	%	n	%	n	%
Urologia	25	6	24	18	72	1	4
Korvataudit	10	2	20	8	80	0	0
Plastiikkakirurgia	10	2	20	7	70	1	10
Gastroenterologia	25	2	8	17	68	6	24
Neurokirurgia	4	0	0	3	75	1	25
Gynekologia	24	2	8,3	7	29,2	15	62,5
Käsikirurgia	16	3	18,8	12	75	1	6,25
Verisuonikirurgia	12	2	16,6	8	66,7	2	16,7
Suusairaudet	3	0	0	3	100	0	0
Ortopedia	25	7	28	12	48	6	24
Kaikki	154	26	16,9	95	61,7	33	21,4
Yhteensä	154	26	100	95	100	33	100

*TAULUKKO 6. Tupakointi osastoittain jaoteltuna*

Opinnäytetyön aineistosta tupakoivia potilaita oli 16,9 prosenttia ( $n = 26$ ). Näiden potilaiden kohdalla tupakointistatus oli merkitty läheteeseen 46,2 prosentilla ( $n = 12$ ), tekstiin 53,8 prosentilla ( $n = 14$ ) ja sekä läheteestä, että tekstistä merkintä löytyi 38,5 prosentilta ( $n = 10$ ).

Tupakoiva potilaan kohdalla tehdyt merkinnät							
	N	Merkintä läheteessä		Merkintä tekstissä		Merkintä kummassakin	
		n	%	n	%	n	%
Urologia	6	3	50,0	3	50,0	2	33,3
Korvataudit	2	1	50,0	1	50,0	1	50,0
Plastiikkakirurgia	2	1	50,0	2	100,0	1	50,0
Gastroenterologia	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Neurokirurgia	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gynekologia	2	1	50,0	1	50,0	1	50,0
Käsikirurgia	3	0	0,0	1	33,3	0	0,0
Verisuonikirurgia	2	2	100,0	2	100,0	2	100,0
Suusairaudet	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ortopedia	7	3	42,9	4	57,1	3	42,9
Kaikki	26	12	46,2	14	53,8	10	38,5
Yhteensä	26	12	100	14	100	10	100

*TAULUKKO 7. Tupakoivan potilaan kohdalla tehdyt merkinnät läheteessä ja tekstissä osastoittain*

## 6 POHDINTA

Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallissa ohjeistetaan selvittämään potilaan tupakointitottumukset, kannustamaan tätä savuttomaan leikkaukseen sekä kirjaamaan tupakointitottumukset ja mahdollinen suunniteltu interventio. Tupakointitiedot tulisi näkyä potilaskirjauksissa koko hoitoketjun ajan ja siihen tulisi aina puuttua hoitohenkilökunnan toimesta. Potilaan tupakointistatusta pystyttäisiin näin seuraamaan ja saataisiin tietoa siitä, onko potilas esimerkiksi mahdollisesti lopettanut tupakoinnin tai vähentänyt sitä. (PSHP 2018)

Tuloksissa ilmeni, että kirjauksia tupakointiin liittyen tehdään suhteellisen vähän. Merkintä potilaan tupakoinnista puuttui 79,2 prosentissa kaikista läheteistä. Tupakointistatuksen puuttumisesta huolimatta lähetettä ei oltu yhdenkään potilaan kohdalla palautettu tai pyydetty siihen täydennystä. Opinnäytetyön tuloksista voitiin päätellä, että tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin käyttöasteessa oli puutteita. Tupakointistatus voi helposti jäädä kirjaamatta, mikäli potilas ei tupakoi, sillä tupakoimattomuus ei vaadi jatkotoimenpiteitä. Tupakointistatuksen kirjaamisen tulisi kuitenkin olla rutiininomaista, vaikka potilas ei tupakoisikaan.

Niissä tapauksissa, joissa potilaan tupakointistatus oli selvitetty, ei sen kirjaamisessa ollut selkeitä käytäntöjä. Tupakointistatuksen löytäminen kirjauksista oli ajoittain haastavaa, koska tupakointistatuksen kirjaamiselle ei ollut yhtä vakiintunutta paikkaa. Tiedot tupakointistatuksesta saattoivat löytyä lääkärin kirjauksista, pysyväistiedoista, hoitajan kirjauksista tai skannatuista esitetolomakkeista. Mikäli tiedot kirjattaisiin rutiininomaisesti samaan paikkaan, esimerkiksi pysyväistietoihin, olisi tieto helposti saatavilla, kun sitä tarvitaan.

Tupakoivia potilaita oli opinnäytetyön aineistossa yhteensä 26. Vain kolmen (11,5 %) potilaan kohdalla kaikista tupakoivista potilaista oli tupakointiin puututtu lähettävässä yksikössä. Leikkaavassa yksikössä lääkäri oli kehottanut kahta (7,7 %) potilasta lopettamaan tupakoinnin. Aina on olemassa mahdollisuus, että potilaan kanssa oli keskusteltu tupakoinnista, mutta kirjausten puuttuessa tätä ei voitu kuitenkaan varmentaa. Hyödyt, joita saavutetaan potilaan vieroittamisella tupakoinnista ennen leikkausta, ovat selkeät (PSHP 2017). Leikkauksen onnistumisen kannalta olisikin tärkeää, että potilaan tupakointiin pyritäisiin puuttumaan jokaisessa tapauksessa, jossa siihen on syytä.

Tuloksissa kävi ilmi, että gynekologisten potilaiden kohdalla tupakointimerkinnot puuttuivat 62,5 prosentilta, mikä oli tilastollisesti merkittävä ero seuraavana tulleeeseen potilasryhmään, missä kirjaukset puuttuivat 24 prosentilta. Mistä yksikön kirjausmäärien ero johtui, ei aineistosta selvinnyt. Syynä voi olla joko puutteet toimintamallin implementoinnissa tai osaston sisäiset toimintamallit. Suotavaa kuitenkin olisi, että kaikilla osastoilla toimintamalli otettaisiin käyttöön.

Opinnäytetyön pohjana toimi kaksi 2017 valmistunutta raporttia. Nämä raportit oli tehty tilaajataholle projektityönä osana terveystieteiden opintoja. Vertailtaessa tämän opinnäytetyön tuloksia näissä raporteissa saatuihin tuloksiin, huomataan että tulokset ovat pääosilta saman suuntaisia. Tuloksissa oli jotain eroja, kuten että lääkäreiden tekemät kehotukset lopettaa tupakointi olivat laskeneet vuoden takaisesta. Vuoden takaiset luvut olivat toisessa raportissa 45 % ja toisessa 26,3 %, kun tämän opinnäytetyön tuloksissa vastaava luku oli 7,7 %.

Aineistonkeruuvaiheessa ilmeni ongelmia otoksen suhteen. Otoksen oli tilannut opinnäytetyötä varten työelämätaho ja sen keräämisestä vastasi sairaalan tietohallinto. Otoksen määrittelyssä ilmeni kuitenkin ongelmia, sillä mukaan otantaan otetuista 200 potilastiedoista lopulta vain 154 oli käyttökelpoisia ja aikaisempien raporttien kanssa yhteneviä osastoiltaan ja potilaiden ikärakenteelta. Ennen otannan tilaamista pidetyissä palavereissa olisi tullut määritellä tarkemmin kriteerit mukaan otettaville potilastiedoille. Lopullista 154 potilastiedon otantaa voitiin kuitenkin pitää riittävänä takaaman tulosten luotettavuus.

Aineiston keruun sujuvuutta häiritsi se, että tutkimuslomaketta ei oltu testattu ennen aineiston keruun aloittamista. Tutkimuslomakkeena oli alun perin tarkoitus käyttää samaa lomaketta kuin aikaisemmissakin raporteissa, mutta pian tietojen keruun aloittamisen jälkeen ilmeni siinä ongelmia. Lomakkeeseen liittyvät ongelmat olisi voitu käydä läpi ja korjata ennen tietojen keruun aloittamista. Kaikki tiedot kerättiin lopulta uudelle, parannelulle listalle. Uusi lista paransi tiedon keruun sujuvuutta ja sen arvioitiin helpottaneen tietojen tallennuksen sujuvuutta suhteessa alkuperäiseen tutkimuslomakkeeseen.

Yhteenvedona voitiin todeta, että tupakoimattomana leikkaukseen –toimintamalli ei tutkimuksessa olleessa sairaalassa ollut käytössä laajasti. Tämän opinnäytetyön tulokset



vahvistivat aikaisempien raporttien tuloksia, joissa todettiin, että kirjauksia tupakointiin liittyen tehtiin suhteellisen vähän. Mallin implementoinnissa on selkeitä puutteita.

## 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kananen (2011) määrittelee hyvän mittaamisen kriteerit seuraavasti: mitataan oikeita asioita (validiteetti), käytetty mittari tuottaa samat tulokset joka mittauuskerralla eivätkä ne johdu sattumasta (reliabiliteetti), mittauksen kohde ja sen tärkeys (relevanssi), mittaus on selkeä ja ymmärrettävissä ja että mittaus on tehokasta ja taloudellista. Näiden lisäksi hyvän tutkimuksen vaatimuksiksi Heikkilä (2014) määrittelee avoimuuden, puolueettomuuden, tietosuojan toteutumisen, tutkimuksen hyödyllisyyden sekä sen, että tutkimus toteutetaan sille asetetun aikataulun puitteissa. Tutkimuksen luotettavuutta mittaa sen validiteetti ja reliabiliteetti (Kananen 2011, Heikkilä 2014).

Hyvän tieteellisen käytännön ja tutkimusetiikan hallitseminen tulisi kuulua osana ammatikorkeakoulujen opetukseen. Rehellisyys, tarkkuus ja avoimuus ovat oleellinen osa hyvää tieteellistä käytäntöä niin tutkimustyössä, kuin tutkimuksen tulosten esittämisessäkin. Tutkimuksessa käytettyihin lähteisiin tulee viitata asiaan kuuluvalla tavalla ja mahdolliset sidonnaisuudet tulee ilmoittaa. Vaikka työn luotettavuudesta vastaakin lopulta tutkija itse, on hyvä tieteellinen käytäntö oleellinen osa tutkijayhteisön itsesääätelyä. Tutkimusta ei voida pitää luotettavana eikä sen tuloksia uskottavina, mikäli se ei täytä näitä sille asetettuja kriteerejä. Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat muun muassa vilppi tulosten esittämisessä tai johtopäätösten tekemisessä. Koska lakisäädäntö määrittelee käytäntöjen soveltamiselle rajat, voi pahimmillaan tutkimusetiikan vastainen toiminta olla myös laitonta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tässä opinnäytetyössä lähteet merkattiin asiaankuuluvalla tavalla. Lähteet ovat luotettavia tieteellisiä artikkeleita, kirjallisuutta ja verkkojulkaisuja. Lähteet ovat pääasiallisesti 10 vuoden sisään julkaistuja tieteellisiä julkaisuja, muutamaa oleellista lähdettä lukuun ottamatta, joiden katsottiin olevan luotettavia ja oleellisia lähteitä julkaisuajankohdastaan huolimatta. Aineiston tarkastelussa käytettiin huolellisuutta, eikä intymiteettiloukkauksia päässyt syntymään eikä tutkimustuloksia voida palauttaa tutkimushenkilöihin. Aineistossa olleet henkilöt eivät ole identifioitavissa tutkimustuloksista.

Hyvä validiteetti, eli tutkimuksen pätevyys, tarkoittaa, että tutkimus mittaa sen mitä sen on tarkoituskin mitata. Validiteetti tulee ottaa huomioon jo työn suunnitteluvaiheessa, sillä jälkikäteen sen takaaminen ei ole mahdollista. Validin tutkimuksen käyttämät mittarit on määritelty ja dokumentoitu tarkasti (Kananen 2011). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuslomakkeen tulee mitata koko tutkimusongelmaa ja tutkimuksen perusjoukon tulee sekä olla riittävän suuri, että tarkasti määritelty. Alhainen validiteetti ilmenee systemaattisena virheenä, joka syntyy virheellisestä aineiston keruumenetelmästä ja se vääristää koko mitattua aineistoa samansuuntaisesti (Heikkilä 2014). Tämän opinnäytetyön validiteettiä lisää se, että työvaiheet ovat toistettavissa ja opinnäytetyön perusjoukko on tarkasti määritelty.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetti voidaan taata dokumentoimalla kaikki työvaiheet riittävän tarkasti, siten että ne voidaan toistaa mahdollisimman tarkasti myöhemmin. Opinnäytetyön arvioijan tulisi pystyä toteamaan prosessin aukottomuus pelkän työvaiheiden dokumentoinnin perusteella, sillä aikataulullisista ja budjettisyyistä ei opinnäytetyön tuloksia useinkaan ole järkevää mitata uudestaan (Kananen 2011). Tämän opinnäytetyön reliabiliteettiä lisäsi se, että työvaiheet dokumentoitiin selkeästi ja ne on mahdollista toistaa tarvittaessa. Käytetyn tutkimuslomakkeen vastausvaihtoehtojen tulkinvaraisuus aineiston suhteen oli pieni, mikä vähentää satunnaisvirheen mahdollisuutta. Tulokset olivat myös samansuuntaisia vuoden takaisen selvityksen kanssa, mikä osaltansa lisäsi työn reliabiliteettiä. Kahdensadan henkilön otos arvioitiin aikaisemmassa tutkimuksessa täyttävän luotettavuuskriteerit. Samasta syystä tilastollisia testauksia ei pidetty tätä opinnäytetyötä varten tarpeellisina.

## **6.2 Jatkotutkimusehdotukset**

Tärkeää tupakoimattomana leikkaukseen -mallin kannalta olisi selvittää syitä sille, minkä takia tupakointitilasta ei kirjata rutiininomaisesti potilastietoihin. Opinnäytetyön aineistosta ei käynyt ilmi syitä kirjausten poisjäämiselle. Näitä syitä tulisi selvittää, jotta mallin implementointia voitaisiin tehostaa.

Mahdollinen jatkotutkimusaihe olisi tupakointistatuksen kirjaamiskäytäntöjen selvittäminen ja seuraaminen. Samansuuntainen tutkimus voisi selvittää myös, että mihin potilastietoihin tupakointistatus tulisi kirjata ja olisiko mahdollista, että tupakointistatuksen kirjaaminen voitaisiin tehdä pakolliseksi tiedoksi lähetettä tehtäessä.

Yhtenä syynä alhaiseen tupakointistatuksen kirjausten määrään voi olla tupakoimattomana leikkauksen -toimintamallin tunnettavuus lääkärien parissa. Yksi jatkotutkimusehdotus olisi selvittää toimintamallin tunnettavuutta sitä käyttävien sairaaloiden lääkärien parissa. Tutkimus olisi mahdollista tehdä verkossa suoritettavana kyselytutkimuksena, joten budjetiltaan ja aikataulunsa puolesta se voisi sopia esimerkiksi opinnäytetyönä suoritettavaksi.

## LÄHTEET

Behrand, C., Prasarn, M., Coyne, E., Horodyski, M., Wright, J. & Rechline G. 2012. Smoking cessation related to improved patient-reported pain scores following spinal care. *Journal of Bone & Joint Surgery*.

Bottorff, J., Seaton, C., Viney, N., Stolp, S., Krueckl, S. & Holm, N. 2016. The stop smoking before surgery program: Impact on awareness of smoking-related perioperative complications and smoking behavior in northern canadian communities. *Journal of Primary Care & Community Health*.

Gratziou, C. & Rovina, N. 2012. Physiological Consequences of Smoking Cessation Benefits for Respiratory and Cardiovascular System. *Smoking : Health Effects, Psychological Aspects and Cessation*. Nova Science Publishers.

Grönholm, A., Karhunen-Enckell U. & Liira, H. 2017. Tupakasta vieroitus ennen leikkausta. *Potilaan lääkärilehti* 72, 5, 286-290. Luettu 15.3.2018. <http://www.laakari-lehti.fi.elib.tamk.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/tupakasta-vieroitus-ennen-leikkausta/>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.

Heloma, A., Kiianmaa, K., Korhonen, T. & Winell, K. 2017. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Duodecim.

Jalonen, J., Koivusipilä, A., Tarnanen, K. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen - lisätietoa potilaalle. Luettu 5.8.2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00089](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089)

Kananen, J. 2008. Kvantti. Jyväskylän yliopiston kirjasto. Jyväskylä.

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kokki, H. & Porela-Tiihonen, S. 2017. Potilas pitää vieroittaa tupakasta ennen kirurgisia toimenpiteitä. Duodecim.

Kyrö, A., Elomaa, V. & Lehtinen, V. 2013. Ortopedisten ja traumatologisten potilaitten vieroittaminen tupakoinnista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia*.

Kyrö, A., Pesonen, J., Viljakka, M., Huusari, H. & Sand, J. 2016. Savuttomuuden hyödyt leikkauspotilaille. Duodecim.

Kyrö, A. 2016. Tupakoinnin vaikutus traumapotilaisiin. Luentomateriaali. Valtakunnalliset Traumapäivät.

Käypä hoito -suositus. 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Luettu 2.3.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi40020>.

Käypä hoito -suositus. 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Luettu 27.4.2018.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50066>.

Käypä hoito -suositus. 2018. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Luettu 29.7.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi40020>

Lee S., Landry J., Jones P., Buhrmann O. & Morley-Forster P. 2015. Long-term quit rates after a perioperative smoking cessation randomized controlled trial. *Anesth Analg*.

Møller, A., Pedersen, T., Villebro, N & Munksgaard, A. 2003. Effect of smoking on early complications after elective orthopaedic surgery. *The Journal of Bone & Joint Surgery*.

Myles, P., Iacono, G., Hunt, J., Fletcher, H. & Morris, J. 2002. Risk of respiratory complications and wound infection in patients undergoing ambulatory surgery: smokers versus nonsmokers. *Anesthesiology*.

Näsell, H., Ottosson, C., Törnqvist, H., Lindé, J. & Ponzer, S. 2011. The impact of smoking on complications after operatively treated ankle fractures. *Journal of Orthopaedic Trauma*.

Ohtonen, J. Tutkija. Haastattelu 27.7.2018. Tampere.

Patja, K. 2016a. Tupakka ja sairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Verkkojulkaisu. Luettu 14.3.2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01066](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066)

Patja, K. 2016b. Tupakoinnin lopettaminen -reseptilääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Verkkojulkaisu. Luettu 28.4.2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01067](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01067)

PSHP. 2017. Tupakkatuotteiden käyttö ja leikkaukseen valmistautuminen. Tays. Potilasohje. Verkkojulkaisu. Luettu 14.3.2018. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Toimenpiteet\\_ja\\_valmistautuminen/Tupakkatuotteiden\\_kaytto\\_ja\\_leikkaukseen\(18367\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Toimenpiteet_ja_valmistautuminen/Tupakkatuotteiden_kaytto_ja_leikkaukseen(18367))

PSHP. 2018. Tupakoimattomana leikkaukseen – toimintamalli kiireettömään hoitoon. Verkkosivu. Luettu 4.8.2018. [https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Kirurgia/Tupakoimattomana\\_leikkaukseen\\_\\_toimintam\(52663\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Kirurgia/Tupakoimattomana_leikkaukseen__toimintam(52663))

Rönkä, S. & Virtanen, S. 2017. Tupakkatilasto 2016. Raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Saarelma, O. 2017. Tupakoinnin lopettaminen (tupakasta vieroitus). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 28.4.2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00337](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00337)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 18.3.2018. <http://stm.fi/terveyden-edistaminen>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Tupakoinnin hintalappu yhteiskunnalle: 1,5 miljardia euroa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Päivittäin tupakoivien osuus koko väestöstä. 2017. Luettu 14.3.2018. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0CQIA&region=s07MBAA=&year=sy6rAAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201709141202>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Mitä on tupakkariippuvuus. Luettu 2.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/tupakoinnin-lopettaminen/mita-on-tupakkariippuvuus>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

Vähänen, M. 2015. Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät. Raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Wynder, E. & Graham, E. 1950. Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma. A Study of Six Hundred and Eighty-Four Proved Cases. The Journal of the American Medical Association.

## LIITTEET

### Liite 1. Havaintolomake

#### Kirurginen yksikkö:

Urologia	<input type="radio"/>	Korvataudit	<input type="radio"/>	Plastiikkakirurgia	<input type="radio"/>
Gastroenterologia	<input type="radio"/>	Neurokirurgia	<input type="radio"/>	Naistentaudit	<input type="radio"/>
Käsikirurgia	<input type="radio"/>	Verisuonikirurgia	<input type="radio"/>	Suusairaudet	<input type="radio"/>
Ortopedia	<input type="radio"/>				

Ikä: \_\_\_\_\_

Sukupuoli: mies ☐ nainen ☐  
 Tupakoi: kyllä ☐ ei ☐ ei tietoa ☐

Tupakkamäärät: \_\_\_\_\_ Tupakointiaika: \_\_\_\_\_

Askivuodet: \_\_\_\_\_

#### Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteutumiseen liittyvät kysymykset

Onko tupakointitottumukset merkitty lähetetekstiin?	Kyllä <input type="radio"/>	Ei <input type="radio"/>	
Onko lähete palautettu, jos tupakointitottumuksia ei ole merkitty?	Kyllä <input type="radio"/>	Ei <input type="radio"/>	
Onko läheteeseen pyydetty täydennystä?	Kyllä <input type="radio"/>	Ei <input type="radio"/>	
Onko tupakointiin puututtu lähettävässä yksikössä? ( <i>kannustettu lopettamaan, aloitettu interventio, tehty lääkeresepi</i> )	Kyllä <input type="radio"/>	Ei <input type="radio"/>	Ei merkintää <input type="radio"/> tupakoinnista läheteessä
Onko potilas lopettanut tupakoinnin lähettävän yksikön intervention jälkeen?	Kyllä <input type="radio"/>	Ei <input type="radio"/>	Ei merkintää <input type="radio"/> tupakoinnista
Onko tupakointitottumukset merkitty kirurgisen yksikön tekstiin?	Kyllä <input type="radio"/>	Ei <input type="radio"/>	
Onko tupakointi huomioitu kirurgisessa yksikössä?	Kyllä	Ei	Ei merkintää tupakoinnista
1) Onko lääkäri kehottanut lopettamaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Onko lääkäri kirjoittanut lääkeresepin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Onko lääkäri ohjannut hoitajan luokse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Onko hoitaja aloittanut intervention?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Onko hoitaja ohjannut jatkohoitoon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>